



NOTICIA DE LAS PRACTICAS PRIVADAS

Efectiva: Abril 14, 2003

ESTA INFORME DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA PODRIA SER USADA Y REVELADA Y COMO PODRIA TENER ACCESO A LA INFORMACION. POR FAVOR REVISELOS CUIDADOSAMENTE.

Esta informe le dirá como podemos usar y Compartir información de salud protegida sobre usted. Información de salud protegida significa cualquier información de salud sobre usted que lo identifique o por la cual aya una fundamento razonable para creer que esta información puede se usada para identificarlo. En este informe, nosotros llamamos a todos los que su información de salud es protegida, “información medica.”

Este aviso tambien le hablará acerca de su derechos y nuestro trabajo con respecto a la información medica sobre usted. En adición tambien le dirá como quejarse si usted piensa que nosotros hemos violado la privacidad de sus derechos.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA SOBRE USTED.

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para diferentes propositos. Cada uno de estos propositos estan descritos acontinuación.

- **Para Tratamiento.**

Nosotros usaremos información médica sobre usted para proveer, coordinar o manejar su cuidado de salud y dirigir los servicios para otros proveedores de salud y nosotros mismos. Nosotros podríamos compartir información médica sobre usted a doctores, enfermeras, hospitales y otras facilidades de salud quienes esten envueltas en su cuidado. Nosotros podríamos consultar con otros proveedores de salud tocante a usted y como parte de la consulta compartir su información médica con ellos. Similarmente, nosotros podríamos referirle con otro proveedor de salud y como parte de la referencia compartir su información médica con este proveedor. Por ejemplo, nosotros prodríamos concluir que usted necesita recibir servicios de un doctor, con una especialidad particular. Cuando lo referamos con el doctor, nosotros nos pondremos en contacto con la oficina del doctor para proveer infromación medica sobre usted hacia ellos para que ellos puedan proveerle los servicios que usted necesita.

- **Para Pago.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para que seamos pagados por los servicios que proveemos. Esto puede incluir mandar los cobros a usted, su compañía de seguros o a terceras personas que vayan a pagar. Por ejemplo, nosotros prodríamos darle a su compañía de seguros infromación del servicio de cuidado de salud que nosotros le ofrecimos para que su compañía de seguros nos pague por los servcios o le regrese la cantidad que usted pagó. Nosotros tambien tendremos que proveer a la compañía de seguro o el programa de gobierno, como Medicare o Medicaid, Con infromación de su condición médica y del cuidado de salud que necesita recibir para determinar si el programa de su seguro lo cubre.

- **Para Operaciones de Cuidado de Salud.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para los cuidados de salud. Esto es necesario para nosotros para que el Departamento de Salud del Condado de McHenry opere y mantenga calidad en el cuidado de salud para nuestros pacientes. Por ejemplo, nosotros podríamos usar información médica sobre usted para revisar los servicios que proveemos y para desempeñar el cuidado de nuestros trabajadores hacia usted. Nosotros podríamos compartir información médica sobre usted para educar nuestro personal, voluntarios y estudiantes trabajando en el Departamento de Salud del Condado de McHenry. Nosotros tambien podríamos usar la información para estudiar formas para un manejo más eficiente en nuestra organización.

- **Como estaremos en contacto con usted.**

Nosotros nos pondremos en contacto con usted ya sea por telefono o por correo a cualquier lugar su casa o su trabajo. En cualquiera de las dos localidades, nosotros dejaremos mensajes para usted en su contestador automatico o su correo electronico. Si usted requiere que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar, mire "El Derecho a Recibir Comunicación Confidencial" en la pagina 5 de este aviso

- **Recordatorio de Citas.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para podernos poner en contacto con usted y recordarle de la cita que tiene con nosotros.

- **Alternativas de Tratamiento.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para hacerle saber de las alternativas de tratamiento que podría existir para su interes.

- **Beneficios y Servicios relacionados con su salud.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para ponerle en contacto acerca de algunos beneficios y servicios relacionados con su salud que podrían interesarle.

- **Mercado de Comunicación.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para comunicarle acerca de productos o servicios y para animarla a comprar estos productos y servicios. Que podrían ser:

- Para describir un producto o servicio relacionado con la salud que nosotros proveemos;
- Para su tratamiento;
- Para el manejo de casos o coordinación de cuidados para usted;
- Para dirigir o recomendar tratamientos alternativos, terapias, proveedores de cuidado de salud, o establecimiento de cuidado.

Nosotros podríamos comunicarle cara a cara sobre productos y servicios dirigiendonos hacia usted. Tambien podríamos comunicarle sobre productos y servicios en forma de un regalo promocional de valor nominal.

Cualquier otro uso y revelación de información médica sobre usted por nosotros para hacer comunicación sobre nuestros productos y servicios para animarla a comprar o usar un producto o servicio solamente se dará con una autorización escrita firmada por usted.

- **Individuos envueltos en su cuidado.**

Nosotros revelaremos a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano personal, o cualquier otra persona identificado por usted, su información médica que esta directamente aplicada al involucramiento de su cuidado o pago relacionado con su cuidado. Nosotros tambien usaremos o compartiremos información médica sobre usted para notificar, o asistir en una notificación, de estas personas de su localidad, condición general, o muerte. Si hay un miembro de la familia, otro pariente, o amigo cercano personal que usted no quiere que le revelemos información médica sobre usted, porfavor notificar a los miembros y personal que han cuidado de usted, o a sus supervisores.

- **Ayuda en un Desastre.**

Nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted por una entidad autorizada por la ley publica o privada o por una escritura para asistir en los esfuerzos de ayuda en un desastre. Esto se hará para coordinación con esas entidades en notificación a los miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos personales, u otra persona identificada por usted de su localidad, condición general o muerte.

- **Requerido por la Ley.**

Nosotros usaremos o compartiremos información médica sobre usted cuando sea requerido por la ley.

- **Actividades de Salud Publicas.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted para proposito de actividades de salud publica. Esto incluye reportar información médica a una autoridad pública de salud que esta autorizado por la ley para recojer o recibir la información para propósitos de prevención o control de enfermedades. o, uno que esta autorizado para recibir reportes de abandono y abuso de niños. Esto tambien incluye reportando para propósitos de actividades relacionadas con la calidad, seguridad o efectividad de la comida y administración de medicamentos de los Estados Unidos regulando productos o actividades

- **Victimas de Abuso, Abandono o Violencia Domestica.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, abandono, o violencia domestica, si nosotros creemos que usted es una victima de abuso, abandono, o violencia domestica. Esto ocurrirá si la extensión de la revelación es: (a) requerida por la ley; (b) aceptada por usted; o, (c) autorizada por la ley y si nosotros creemos que la revelación es necesaria para prevenir daños serios para usted o para otras victimas potenciales, o si usted está incapacitado y otras condiciones son conocidas, un refuerzo de la ley u otro oficial publico representante que enfuerzan de inmediato actividades dependientes en la revelación.

- **Actividades de Cuidado de Salud.**

Nosotros hemos sido permitidos para compartir información a una persona que pudo ser expuesta a una enfermedad transmitida o que podría estar en reiso de contraer o contiagar una enfermedad o condición médica, si la entidad cubierta o autoridad de salud pública a sido autorizada por la ley para notificarle a la persona como sea necesario en conducta de una investigación de salud pública. Nosotros compartiremos información a un empelador sobre un individuo quien es miembro del personal del empleador bajo ciertas circunstancias.

- **Procedimientos Judiciales y Administrativos.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de la corte o un tribunal administrativo. Nosotros tambien revelaremos infromación médica sobre usted en respuesta a un citatorio, descubrimiento requerido, u otro proceso legal pero solo si se han hecho esfurezos para comunicarle a usted sobre el requerimiento o el obtenimiento de una orden protegida competente protegiendo la información que va a ser revelada.

- **Proposito de Revelación para Refuerzo de la Ley.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted a un representante de la ley para propósitos de cumplimiento:

- a. Como es requerido por la ley.
- b. En respuesta a una corte, gran jurado o garantía de orden administrative, o citatorio.
- c. Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo, o una persona perdida.
- d. Sobre una actual o victima sospechosa de crimen y la persona que esta de acuerdo con la revelación. Si nosotros no podemos obtener el acuerdo con la persona, en circunstancias limitadas, de cualquier forma la infromación puede ser revelada.
- e. Para alertar el cumplimiento de los oficiales sobre una muerte si sospechamos que esta muerte fue resultado de conductas criminales.
- f. Acerca de crimenes que ocurren en nuestras facilidades.
- g. Para reportar un crimen en circunstancias de emergencia.

- **Autopcia y Examinaciones Médicas.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted en una autopcista o examinadores médicos con el proposito de identificar las causas de muerte de una persona por medio de una acta de defunción.

- **Directores de un Funeral.**

Nosotros compartiremos informacion médica sobre usted a las directores de un funeral como sea necesario para ellos en orden para performar su trabajo.

- **Organo, Ojo o Donación de Tejidos.**

Para facilitar organos, ojo, o donación de tejidos y transplantes, nosotros compartiremos informacion médica sobre usted a organizaciones de organos u otras entidades envueltas procurando, almacenar o trasplantando organos, ojos, o tejidos.

- **Investigación.**

Bajo ciertas circunstancias, nosotros usaremos o compartiremos información médica sobre usted para una investigación. Antes de que nosotros compartamos información médica para la investigación, esta deberá ser aprobada a través de un proceso de aprobamiento que evalúa las necesidades del proyecto para investigaciones con sus necesidades para privacidad en su información médica. Por lo tanto nosotros, compartiremos información médica sobre usted a la persona que se está preparando para conducir una investigación para permitirles prepararse para el proyecto, pero ninguna información médica saldrá del Departamento de Salud del Condado de McHenry durante el tiempo que este en revisión la información de la persona.

- **Para Apartar una Amenaza Seria de Salud y Seguridad.**

Nosotros usaremos y compartiremos información de salud protegida sobre usted si nosotros creemos que el uso y compartimento es necesario para prevenir o disminuir una amenaza inminente contra la salud y seguridad de una persona o público. Nosotros también daremos información sobre usted si creemos que el revelamiento es necesario para el enforzamiento de las autoridades de ley para identificar y aprender un individuo quien admitió participación en un crimen violento o quien se escapó de una institución correccional o de una custodia legal.

- **Militar.**

Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, nosotros usaremos y compartiremos información médica sobre usted para estimar actividades necesarias para el comando de autoridades militares apropiadas para asegurar la ejecución apropiada de las misiones militares. Nosotros también daremos información sobre el personal military extranjero a la autoridades militares extranjeras para los mismos propósitos.

- **Seguridad Nacional e Inteligencia.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted para autorizar a oficiales federales para la conducta de inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **Servicios de Protección par el Presidente.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted para autorizar a oficiales federales para que ellos puedan proveer protección al Presidente de los Estados Unidos, a ciertos oficiales federales, o cabezas de estado extranjeros.

- **Asilos; Persona en Custodia.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted a una institución correccional u oficial enforzando la ley que tenga custodia de usted. El compartimento se dará si la revelación es necesaria: (a) para proveer cuidado de salud para usted; (b) para la salud y seguridad de otros; o (c) bienestar, seguridad y buenas ordenes de una institución correccional.

- **Compensación de Trabajadores.**

Nosotros compartiremos información médica sobre usted para la extensión necesaria para cumplir con la compensación de trabajadores y leyes similares que provee beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o enfermedades consideradas no culpables.

- **Otros Usos y Revelaciones.**

Otros usos y compartimentos se harán solamente con su autorización por escrito. Usted podría revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Oficial Privado por escrito de su decisión de revocarla. Por lo tanto, si revoca esta autorizació, no habrá ningún efecto en las acciones tomadas por nosotros en su seguridad.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que nosotros guardamos sobre usted

- **Derecho para Requerir Limitaciones.**

Usted tiene el derecho de requerir que nosotros limitemos el uso o compartimento de información médica sobre usted

para continuar con tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de salud. Usted tambien tiene el derecho de requerir que nosotros limitemos el uso o revelación que hicimos a: (a) un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted; o (b) a entidades publicas o privadas para ayuda y esfuerzo en un desastre. Por ejemplo, usted podría pedir que nosotros no revelemos información médica sobre usted a su hermano o hermana.

Para requerir una limitación, usted puede hacerlo a cualquier hora. Si usted requiere una limitación, porfavor hagalo por escrito a el **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098** y diganos : (a) cuál información usted quiere que limitemos; (b) si usted quiere limitar el uso o compartimiento o los dos; y, (c) para quien quiere que los limites sean aplicados (por ejemplo, revelación a su esposo(a)).

Nosotros no requerimos que acepte ninguna limitación. De otra forma, si nosotros aceptamos, seguiremos las limitaciones a menos que la información sea necesitada para proveer tratamiento de emergencia. Aunque nosotros aceptemos las limitaciones, usted o nosotros podemos terminar las limitaciones en un futuro.

- **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales.**

Usted tiene el derecho de requerirnos que le comuniquemos información médica sobre usted en cierta forma o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede requerirnos que lo localizemos por correo o en su trabajo. Nosotros no vamos a pedirle que nos diga porque usted esta preguntando por comunicación confidencial.

Si usted quiere requerir comunicación confidencial, usted debe hacerlo por escrito al **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098**. Su requerimiento deberá establecer como o donde podemos localizarle.

Nosotros acomodaremos su requerimiento. De otra forma, lo haremos, cuando sea apropiado, requiriendo información sobre usted acerca de como los pagos van a ser manejados. Tambien podríamos requerirle otra dirección o metodo alternativo para comunicarnos con usted.

- **Derecho de Inspección y copia.**

Con excepciones limitadas usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de información medica sobre usted.

Para inspeccionar o copiar información médica sobre usted, deberá submitir su requerimiento por escrito al **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098**. Su requerimiento deberá establecer especificamente cual es la información médica que quiere inspeccionar o copiar, Si usted pide una copia de la información, podríamos cobrarle por los costos de la copia y, si pide que se la mandemos por correo, por el costo del envío.

Nosotros actuaremos en su requerimiento con treinta (30) dias habiles despues de recibir su requisición. Si atendemos a su requerimiento, en parte o completa, nosotros le informaremos acerca de nuestro acuerdo sobre su requisición y le proveeremos accesos y copias.

Nosotros podríamos rechazar su requisición para inspeccionar y copiar información médica si la información médica es:

- a. Información recopilada con anticipación de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo;
- b. Proteger información de salud sujeta a la implementación del Laboratorio Clinico en la enmienda de 1988 ("CLIA") 42.u.s.c. § 263 a, para extender las clausulas de acceso al individuo proveidas por CLIA.

Un profesional de salud con licenciatura a determinado, ejerciendo un juicio profesional, que el acceso requerido es razonablemente considerado para poner en peligro la vida o seguridad fisica de un individuo u otra persona.

La información de salud protegida hace referencias a otra persona (al menos que esta persona sea un proveedor de salud) y un profesional de salud con licenciatura ha determinado, ejerciendo un juicio profesional, que el acceso requerido a es razonablemente considerado para causar daño substancial para otra persona.

El requerimiento de acceso es hecho por el representante personal del individuo y un proveedor de salud profesional con licenciatura y han determinado, ejerciendo un juicio profesional, que la previsión de acceso al representante personal es razonablemente considerado para causar daño substancial para el individuo u otra persona.

Si nosotros negamos su requerimiento, nosotros le informaremos por escrito de las bases de la negativa, com usted puede revisar nuestra negativa, y como se puede quejar. Si usted requiere una revisión de nuestra negativa, esta será

conducida por un profesional de cuidados de salud designado por nosotros quien no estuvo directamente envuelto en la negativa. Nosotros accederemos con el resultado de la revisión.

- **Derecho de Enmienda.**

Usted tiene el derecho de pedirnos la enmienda acerca de su información médica por escrito. Usted tiene el derecho por el tiempo que nosotros mantengamos su información médica.

Para requerir una enmienda, usted debe submitir su requerimiento por escrito al **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098**. Su requerimiento deberá establecer la decisión de enmienda y proveer una razon para apoyar la enmienda.

Nosotros actuaremos en su requisición en sesenta (60) dias habiles despues de recibir su requerimiento. Si atendemos a su requisición, en parte o completa, nosotros le informaremos de la aceptación de su requerimiento y proveerle acceso a las copias.

Si nosotros atendemos a su requerimiento, en parte o completa, nosotros buscaremos su identificación para un acuerdo de compartir la enmienda con otras personas. Nosotros tambien aremos las enmiendas apropiadas a la información médica añadiendo un eslavon o de otra forma proveer la enmienda.

Nosotros poríamos rechazar su requerimiento para enmendar su información médica. Nosotros rechazaremos su requisición si no es por escrito y si no provee una razon en apoyo a la enmienda. En adición, nosotros podemos rechazar su requerimiento de enmienda a la información médica si nosotros determinamos que la información:

- a. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no este disponible para actuar en la enmienda requerida;
- b. No sea parte de la información médica mantenida por nosotros;
- c. No este disponible para su inspección o copia; o,
- d. Sea exacto y completo.

Si nosotros negamos su requerimiento, nosotros le informaremos de las bases para esta negative. Usted tendra el derecho de submitir una declaración de desacuerdo con nuestra negativa. Su declaración no deberá exeder de tres (3) paginas. Nosotros prepararemos un rebotamiento a la declaración, de desacuerdo, si alguna, deberá ser aprendida a la información médica envuelta, o de otra manera eslabonada a ella. Todo esto sera incluido como concecuencia o desacuerdo de la información, o, a nuestra elección, nosotros incluiremos un resumen de cualquier información.

Si usted no submita un informe de desacuerdo, usted puede pedirnos que incluyamoas su requerimiento para enmienda y nuestra negativa con cualquier revelación futura de la información. Nosotros incluiremos su requerimiento para la enmienda y nuestra negativa (o un resumen de la información) con cualquier revelación subsecuencial de información médica envuelta.

Usted tambien tendrá el derecho de quejarse sobre nuestra negativa de su requerimiento.

- **Derecho de Explicación a la Revelación.**

Usted tiene el derecho de recibir una explicación del compartimento de información médica sobre usted, esta explicación incluirá la fecha en que compartimos la información, el nombre de la entidad o persona que recibió la información de salud protegida, y si se conoce, la dirección de la entidad o persona, una pequeña descripción de la información de salud compartida y una pequeña explicación del proposito del compartimento que infromará razonablemente al individuo de las bases de compartimento. La explicación podría ser por más de seis (6) años enpezando en la fecha en que hizo su requerimiento pero no antes de Abril 14, 2003.

Ciertos tipos de revelacones no son incluidos en esta explicación:

- a. Compartimento para seguir con el tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud;
- b. Compartimento de su información médica hecha para usted;
- c. Compartimento de cualquier incidente para otro uso;
- d. Compartimento que usted ha autorizado;

- e. Compartimiento a personas envueltas en su cuidado;
- f. Compartimiento para proposito de ayuda en desastres;
- g. Compartimiento para seguridad nacional o poropositos de inteligencia;
- h. Compartimiento con instituciones correccionales u oficiales refuerzados de ley que tengan custodia de usted;
- i. Compartimiento que es parte de datos limitados establecidos para propósitos de investigación, salud publica, u operaciones de cuidado de salud (unos datos limitados establecidos que podrían identificarle directamente an sido removido o borrados).
- j. Compartimiento hecho apartir de Abril 14, 2003.

Bajo ciertas circunstancias su derecho a una explicación de revelación de un refuerzo de salud oficial o de agencias al cuidado de su salud podrian ser suspendidas. Usted debería requerir una explicación durante el periodo de tiempo que sus derechos son suspendidos, la explicación no incluire la revelación de refuerzos oficiales de la ley o de las agencias que cuidadan de su salud.

Para requerir una explicación del compartimiento, debe submitir su requisición por escrito al **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098**. Su requerimiento deberá establecer el periodo de tiempo del descubrimiento. No sera mas largo de seis (6) años desde la fecha que recibimos su requisición y no icluirá fechas antes de Abril 14, 2003.

Usualmente, nosotros actuaremos en su requisición sesenta (60) dias habiles despues de recibir su requerimiento. Con ese tiempo, nosotros le provereemos la explicación de la revelación dandole por escrito la declaración de cuando provereemos la explicación y por que la tardanza es necesaria.

No hay cobro por la primera explicación que le proveemos en el periodo de los doce (12) meses. Para explicaciones adicionales, le cobraremos por el costo de porveerle la lista. Si hubiera un costo, nosotros le notificariamos de ello y le daríamos la oportunidad de retirar o modificar su requerimiento para evitar o reducir los cobros.

- **Derecho de Copiar este Aviso.**

Usted tiene el derecho de obtener una copia por escrito de la Notificación de Practicas Privadas. Usted puede hacer la requisición de una copia de la Notificación de Practicas Privadas a cualquier hora.

Usted puede obtener una copia de la Notificación de Practicas Privadas en el Internet en nuestra pagina www.mcdh.info

Para obtener una copia por escrito de esta noticia, pongase en contacto con el **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098 (815) 334-4510**.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- **Generalmente.**

Somos requeridos por ley a mantener la privacidad de información médica sobre usted y porveer individuos con notificación de nuestras obligaciones legales y practicas privadas con respecto a información médica.

Nosotros somos requeridos a permanecer con los terminos de nuestra Notificación de Pracaticas Privadas en efecto a este tiempo.

- **Nuestro Derecho a Cambiar la Notificación de Practicas Privadas.**

Nos reservaremos el derecho de cambiar esta Notificación de Practicas Privadas. Nos reservaremos el derecho de hacer las nuevas poviciones efectivas de la notificación para toda la infromación médica que nosotros mantenemos, incluyendo que sea creado por nosotros o que usted recibió por nosotros anterior a la fecha efectiva a nueva notificación, una copia estará disponible para que sea revisada por apartir de la nueva fecha efectiva usted .

- **Avilidad de Notificación de Practicas Privadas.**

Una copia de Notificación de Practicas Privadas actuales estará puesta en la entrada de la sala de espera de Departamento de Salud del Condado de McHenry. Una copia de la notificación al actual tambien estará en nuestra pagina de Internet,

En cualquier momento, usted podrá obtener una copia de Notificación de las Practicas Privadas actuales poniendose en contacto con el **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098.**

- **Fecha Efectiva de la Notificación.**

La fecha efectiva de la notificación estará escrita en la primera pagina de esta notificación.

- **Quejas.**

Usted puede quejarse con nosotros y con el Secretario de Salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos si usted cre que los servicios de privacidad han sido violados por nosotros.

Para quejarse con nosotros, contacte al **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098.** Todas la quejas deberan ser por escrito.

Para aplicar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, mande su aplicación a el o ella en cuidado de: Oficina de los Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201.

Usted no tendrá ninguna repercusión contra usted por llenar una queja.

- **Preguntas e Información.**

Si usted tiene alguna pregunta o si quiere más información con respecto a esta Notificación de Practicas Privadas, pongase en contacto con el **Oficial Privado del Departamento de Salud del Condado de McHenry al 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098 (815) 334-4510.**